

Les femmes et leurs habitudes de consommation de drogues Women and their drug habits

Louise Nadeau

Volume 4, numéro 2, novembre 1979

La femme québécoise

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030059ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030059ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Nadeau, L. (1979). Les femmes et leurs habitudes de consommation de drogues. *Santé mentale au Québec*, 4(2), 104–118. <https://doi.org/10.7202/030059ar>

Résumé de l'article

Nous étudierons la relation qui existe, au Québec, entre les drogues prescrites et le sexe, en nous attachant particulièrement aux modèles de consommation des femmes. Cependant la littérature publiée sur cette question est rare au Québec. Il n'existe aucune étude comparative, quant au taux d'ordonnance selon le sexe, de médicaments composés d'agents psychoactifs.

LES FEMMES ET LEURS HABITUDES DE CONSOMMATION DE DROGUES

Louise Nadeau

Nous étudierons la relation qui existe, au Québec, entre les drogues prescrites et le sexe, en nous attachant particulièrement aux modèles de consommation des femmes. Cependant la littérature publiée sur cette question est rare au Québec. Il n'existe aucune étude comparative, quant au taux d'ordonnance selon le sexe, de médicaments composés d'agents psycho-actifs. Mme Marinier s'apprête toutefois à publier avec des collègues le rapport d'une recherche d'un an consacrée à la consommation de tranquillisants chez les femmes et aux différences observées entre des groupes de femmes que caractérise une consommation soit forte, soit moyenne, soit faible de ces drogues. Nous ne connaissons que trois articles publiés sur les femmes alcooliques : celui de Jacob et Lavoie (1971), celui de Rostand (1976) et celui de Chabot (1978). Un seul, celui de Jacob et Lavoie, rapporte les caractéristiques psychosociales des femmes en traitement. Cette étude toutefois n'est pas comparative et ses résultats ne peuvent être mis en parallèle avec ceux obtenus auprès d'une population alcoolique masculine. En ce qui a trait aux femmes abusant de drogues illicites, on note, entre autres, un article portant sur quelques stratégies d'intervention auprès de femmes traitées en milieu résidentiel (Nadeau, 1978).

Il existe pourtant une abondante littérature en langue anglaise sur la prescription et la consommation des substances psycho-actives des drogues en général et celle-ci conclut à une spécificité du taux de prescription des médecins, des modèles de consommation des femmes et de l'expérience personnelle des femmes pharmaco-dépendantes et alcooliques.

À cause de la rareté des données au Québec, nous devons procéder par analogie. Nous examinerons les données disponibles dans le reste du Canada partant de l'hypothèse que les modèles de consommation québécois peuvent avoir des similitudes avec ceux que nous trouvons dans les autres provinces. Ensuite, nous nous attarderons aux données disponibles sur le Québec. Ces données, parce qu'elles décrivent des groupes pathologiques identifiés, biaisent la lecture des modèles de consommation de l'ensemble de la population. Il s'agit néanmoins des seules statistiques à partir desquelles

nous pouvons établir une approximation de ces modèles. Dans un premier temps donc nous rendrons compte d'une série d'informations statistiques pour nous attarder par la suite à une discussion plus théorique de la question qui nous intéresse.

LE TAUX DE PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Le premier groupe d'études porte sur le taux de prescription des médicaments psycho-actifs. Même s'il doit exister une différence entre le taux de prescription et le taux de consommation de ces médicaments, le taux de prescription est l'avenue la plus directe et présentement la plus sûre pour évaluer le taux de consommation de ces produits, selon le sexe.

L'étude statistique la plus complète du taux de prescription, selon le sexe, de médicaments affectant le système nerveux central (S.N.C. désormais dans le texte) nous parvient de la Saskatchewan (Harding, 1979). En effet, depuis le 1^{er} septembre 1975, toutes les personnes ayant le statut de résident de la Saskatchewan sont admissibles au régime universel d'assurance-médicaments.

Harding présente le profil socio-démographique des destinataires d'ordonnance de médicaments du S.N.C. Son analyse porte sur les ordonnances de ces drogues consommées ailleurs qu'en institution, pour les 19 premiers mois d'entrée en vigueur du programme. Les drogues classées sous le nom de médicaments du S.N.C. sont les analgésiques, les anticonvulsivants, les antidépresseurs, les tranquillisants, les stimulants, les sédatifs, les hypnotiques et les autres psychotropes.

L'étude en arrive à la conclusion que la prescription d'agents psycho-actifs augmente pour les personnes de plus de 30 ans. Quarante-quatre pour cent (43,9% plus précisément) des gens âgés de 30 ans et plus ont reçu au moins une ordonnance de ces drogues durant la période de 19 mois couverte par l'étude. Ce pourcentage s'élève à 52,8% pour les personnes de 60 ans et plus, soit plus de la moitié de cette population. Le diazepam, souvent identifié sous le nom d'une de ses marques, Valium®, est la drogue la plus prescrite : près d'un quart (24,5%) de toutes les ordonnances de médicaments du S.N.C. prescrivent cette substance. Quatre fois plus de femmes que d'hommes âgés de 20 à 29 ans et deux fois plus de femmes que d'hommes âgés de 30 ans et plus ont reçu une prescription de ce produit. Notons au passage qu'en Saskatchewan, près de 11% (10,9%) des enfants âgés de 0 à 9 ans, en majorité des garçons, se sont vus prescrire des médicaments du S.N.C. Au Québec, on observe chez les enfants bénéficiaires de l'aide sociale une tendance à l'augmentation de la prescription de médicaments du S.N.C. Notons aussi que les personnes âgées de 60 ans et plus ont reçu 42,6% de toutes les ordonnances de médicaments du S.N.C. même si ce groupe comprend seulement 15,7% de la population totale de la Saskatchewan.

L'examen, selon le sexe, des destinataires d'ordonnance de médicaments du S.N.C. révèle que 31,9% de la population féminine de la Saskatchewan et 23,9% de la population masculine reçurent une prescription de médicaments du S.N.C. Les femmes et les filles âgées de 10 ans et plus en ont reçue davantage que les hommes et les garçons, soit près des deux tiers de toutes ces prescriptions (63,7%). Les femmes reçoivent non seulement plus d'ordonnances de médicaments affectant le S.N.C. mais ces médicaments leur sont prescrits en plus grande quantité qu'aux hommes.

La différence dans le taux de prescription s'accroît à partir de 15 ans, pour atteindre la disproportion maximum dans le groupe d'âge des 20 à 29 ans. Ici le rapport des femmes aux hommes est au-delà de 2 : 1. Cette disproportion reflète une diminution des ordonnances remplies à l'intention des hommes plutôt qu'une augmentation des prescriptions destinées aux femmes. Après 30 ans, le rapport 2 : 1 diminue entre les femmes et les hommes. Toutefois les femmes sont toujours davantage représentées dans chaque groupe d'âge de plus de 30 ans, avec les différences les plus grandes entre les femmes et les hommes âgés de 50 ans et plus. Cinquante-cinq pour cent (55,0%) des femmes âgées de 50 ans et plus ont reçu en Saskatchewan, au moins une ordonnance de médicaments affectant le S.N.C. contre 43,1% de la population masculine de ce même groupe d'âge. Chez les personnes de 60 ans et plus, ce sont les personnes dont le statut civil est « autre » (séparées, divorcées ou veuves), donc souvent des personnes seules, qui reçoivent le plus de prescriptions de médicaments du S.N.C. Chez les personnes mariées de cet âge, les hommes surpassent et rattrapent le taux de prescription des femmes du même âge. En Saskatchewan, les femmes sont donc presque deux fois plus susceptibles que les hommes de recevoir des prescriptions de médicaments du S.N.C.

Harding et Wolf (1979), dans une perspective non-médicale, font l'hypothèse que la propension à définir comme psychosomatiques les problèmes de santé des femmes expliquerait le taux disproportionné de prescription de médicaments du S.N.C. à celles-ci. La maladie est souvent perçue, chez elles, comme prenant racine dans l'instabilité émotionnelle supposément intrinsèque au sexe féminin.

En 1971, Cooperstock avait identifié pour l'Ontario des modèles de prescription similaires à ceux rapportés par Harding. Elle avait observé que 69% de toutes les prescriptions de psychotropes étaient rédigées à l'intention des femmes. Cet auteur inclut dans la catégorie des psychotropes les tranquillisants mineurs, les sédatifs-hypnotiques, les barbituriques, les antidépresseurs et les stimulants du S.N.C. L'interprétation des résultats va dans le sens que les femmes se sentent plus libres que les hommes d'exprimer des émotions ce qui les rend plus susceptibles d'identifier leurs difficultés émotionnelles et d'en parler au médecin. Ce dernier s'attend toutefois à ce que la femme se comporte de la même manière qu'un homme

et estime donc que sa patiente a davantage besoin de drogues modifiant l'humeur que son patient moins expressif.

En 1976, Cooperstock confirme, dans sa revue de la littérature sur la question, que les femmes font systématiquement l'objet de deux fois plus d'ordonnances de psychotropes que les hommes. Dans une œuvre postérieure, discutant de la consommation des tranquillisants, elle remarque :

Les femmes acceptent plus facilement de discuter leurs problèmes avec les personnes de leur entourage, d'aller consulter des médecins à cause de ces problèmes et de demander des médicaments. De plus, les médecins sont plus susceptibles d'offrir des tranquillisants aux femmes qu'aux hommes qui verbalisent les mêmes symptômes. (Notre traduction) (Cooperstock, 1978, p. 9).

Il est clair, pour ce chercheur comme pour Harding et Wolf, que les femmes sont beaucoup plus sujettes que les hommes à recevoir une prescription de certains médicaments contenant des agents psycho-actifs.

Les seules données concernant les ordonnances de médicaments affectant le S.N.C. au Québec nous sont fournies par le Programme d'assurance-médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Ce programme «couvre le coût des services et médicaments fournis par un pharmacien sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste» (RAMQ, 1977, p. 154). La classe «médicaments du système nerveux central» comprend les analgésiques, les anticonvulsivants, les antidépresseurs, les tranquillisants, les autres psychotropes, les stimulants du S.N.C., les sédatifs-hypnotiques (RAMQ, 1979, p. 83A à 130A).

Les personnes ayant droit de bénéficier gratuitement de ce service sont les assistés sociaux, les bénéficiaires du supplément de revenu mensuel garanti et les personnes âgées de 65 ans et plus. Pour les fins du présent travail, nous éliminerons les personnes âgées de 65 ans et plus et les bénéficiaires du supplément de revenu mensuel garanti, étant donné que ces derniers sont aussi majoritairement âgés de 65 ans et plus. Nous n'examinerons que les ordonnances remplies à l'intention des femmes et des hommes bénéficiaires de l'aide sociale. Parmi les personnes éligibles qui participent au programme, 58% sont des femmes, 42% sont des hommes.

Les médicaments du S.N.C. constituent, depuis 1972, la classe de médicaments la plus souvent prescrite : plus de 35% de l'ensemble des ordonnances portent sur cette catégorie de substances. Plus de quarante-huit pour cent (48,9%) des prescriptions de médicaments du S.N.C. portent sur les psychotropes. On constate donc que 17% de tous les médicaments prescrits aux bénéficiaires de l'aide sociale sont des psychotropes (RAMS, 1977).

L'examen, selon le sexe, des destinataires d'ordonnances de médicaments du S.N.C. ne révèle aucune différence significative entre les personnes participant au programme et l'ensemble de la population éligible au programme. Nous ne possédons pas l'analyse du taux d'ordonnance selon le sexe pour la catégorie des psychotropes.

Les bénéficiaires de l'aide sociale reflètent-ils bien les modèles de prescription de l'ensemble de la population d'ici, ou des statistiques comme celles de la Saskatchewan brossent-elles un tableau plus ressemblant du taux de prescription selon le sexe? Si la deuxième question ne peut que rester sans réponse faute de données statistiques, nous pouvons apporter des éléments de réponses à la première question.

Contrairement aux préjugés, les hommes bénéficiaires de l'aide sociale sont, selon les statistiques du Ministère des affaires sociales (1979), dans une assez forte proportion (43,5%) inaptes au travail. Il est légitime de supposer que les médecins adoptent, face à des hommes inaptes au travail, les mêmes comportements à l'égard des femmes en général, y compris lorsqu'il est question de santé. Un homme que la maladie empêche de détenir un emploi à l'extérieur de son foyer ne prend pas part à cet élément essentiel de la culture mâle que constitue le marché du travail. La virilité est associée à la capacité de travailler à l'extérieur de la maison et de participer à la production et aux institutions de la société. Un homme inapte au travail perd donc un des attributs fondamentaux de son sexe. On se rappelle qu'en Saskatchewan, à partir de l'âge de 60 ans, le taux d'ordonnance des médicaments du S.N.C. remplie pour les hommes mariés rattrape et dépasse celui pour les femmes mariées du même âge. Il semble que, dans une culture axée sur la valorisation du travail masculin, la réponse apportée au stress des hommes retraités en soit une médicale et pharmaceutique. On peut alors penser que le même phénomène joue pour les hommes dans la force de l'âge et cependant inaptes au travail, et qu'il y a au Québec, eu égard à l'ensemble de la population masculine, surprescription de médicaments du S.N.C. aux hommes bénéficiaires de l'aide sociale. S'il existe, ce phénomène masquerait chez les bénéficiaires de l'aide sociale les modèles habituels de prescription de médicaments du S.N.C. aux femmes. Néanmoins, seule une recherche auprès d'un échantillon représentatif de l'ensemble de la population apporterait une réponse claire à cette question.

Une étude réalisée au Québec indiquerait toutefois qu'il existe une parenté entre les résultats québécois et ceux obtenus hors Québec. Renaud et son équipe (1978), en étudiant l'effet de l'environnement de travail sur la pratique médicale, ont observé que les trois sujets féminins simulateurs ont reçu une ordonnance de psychotropes lors de 92% de leurs visites chez le médecin alors que le sujet masculin simulateur en a reçu une lors de 72% de ses visites. Ces sujets avaient tous entre 20 et 23 ans. Ceux-ci rapportent d'ailleurs que les médecins ont tendance à lier l'anxiété à la vie émotionnelle chez les jeunes femmes et à la vie professionnelle pour le jeune homme.

De plus, les médecins ont tendance à accorder plus d'importance à un trouble psychosomatique (la condition expérimentale de la simulation) chez le sujet masculin que chez les sujets féminins. Le nombre de sujets ne permet pas de tirer de conclusion de ces résultats sinon que le taux d'ordonnance et le choix de questions des médecins va dans le sens de l'interprétation de Cooperstock (1979) et de Harding et Wolf (1979).

Ce premier groupe d'études nous permet d'affirmer qu'il existe, hors Québec, un taux d'ordonnance de médicaments du S.N.C. remplie à l'intention des femmes à peu près deux fois supérieur à celui des hommes. Il est possible que, comme dans d'autres domaines, le Québec diffère du reste du Canada. Il est par contre possible que les conditions, auxquelles les chercheurs attribuent l'ordonnance de médicaments affectant le S.N.C. — le modèle bio-médical de la santé, le stress dû au travail, les stéréotypes des rôles psychosexuels, la dévalorisation du travail ménager des femmes, l'isolement social — engendrent un taux de prescription qui soit similaire au Québec à celui de la Saskatchewan et de l'Ontario.

LES MODÈLES DE CONSOMMATION DES FEMMES

Le second groupe d'études porte sur la description de la clientèle des centres de traitement du Québec. Ces études traitent des modèles de consommation. On se rappellera que les sujets, du fait qu'ils sont en traitement, constituent un sous-groupe dont les caractéristiques ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population des consommateurs. De plus, les femmes sont en minorité à l'intérieur de ces populations. Nous rapportons deux études non publiées. Il s'agit en effet des seuls travaux que nous connaissons au Québec où il est fait mention de la consommation des drogues prescrites.

Le Centre de réadaptation Alternatives est situé à Montréal. On y fait de l'intervention externe auprès de toxicomanes qui font eux-mêmes appel à ce service et qui souhaitent développer un style de vie où ils ne feront plus usage de toxiques.

En mai 1979, Céline Mercier-Tremblay, alors employée à l'INRS-Santé dans le programme « Traitement de l'abus de drogues : recherche et développement » (Mercier-Tremblay et Milstein, 1978), écrivait une *Description de la clientèle d'Alternatives* (Mercier-Tremblay, 1979a). C'est de ce document inédit dont il sera question dans les paragraphes qui suivent.

De mars 1975 au 30 décembre 1978, 347 clients ont complété le questionnaire d'admission du centre : 34% des clients étaient des femmes; 66%, des hommes. Toutefois, en comparant la cohorte des 30 premiers clients et celle du troisième trimestre de 1977, il faut constater que la proportion des clients masculins tend à s'accroître, passant de 66% à 73%.

La clientèle féminine est plus âgée en moyenne que la clientèle masculine (F. : 29 ans; H. : 24 ans). La différence est significative. Vingt-trois pour cent (23%) des femmes sont mariées, 11% séparées, 9% divorcées et 54% célibataires. La population masculine comprend, par contre, 79% de célibataires. La différence est encore significative. Le statut professionnel est similaire pour les femmes et les hommes. Par contre, la durée moyenne de chômage – 5 ans chez les femmes, 1 an chez les hommes – diffère sensiblement. Les hommes ont commis, par le passé, plus d'offenses criminelles que les femmes; les femmes, plus de tentatives de suicide que les hommes.

Pour ce qui est des modèles de consommation, les femmes utilisent davantage de barbituriques, d'hypnotiques et de tranquillisants. Respectivement 38% et 26% des femmes disent consommer «pour me calmer» et «pour dormir» tandis que 20% et 5% seulement des hommes invoquent ces raisons. Ce sont les prescriptions médicales qui constituent pour 33% des femmes (en comparaison de 4% chez les hommes) le premier contact avec la drogue. Les femmes consomment davantage à la maison (83%) que ne le font les hommes (58%) mais moins chez des amis (15% en comparaison de 37%).

Hélène Poitras-Wright, pour les fins du présent travail, a calculé la différence entre le pourcentage de femmes et d'hommes au début et à la fin du traitement. Sur les 313 demandes d'admission reçues de 1976 à 1978 (Mercier-Tremblay en a analysées 34 de plus), 34% étaient des femmes, 66% des hommes (le même pourcentage que dans l'étude de Mercier-Tremblay). Au terme du programme, 56% des bacheliers sont des femmes et 44% des hommes, pour une durée moyenne de 9.9 mois de traitement. Il semble donc qu'à Alternatives, le pronostic soit plus favorable aux femmes qu'aux hommes.

Ces résultats indiquent que dans ce milieu thérapeutique ouvert et privilégiant une approche individuelle, les populations toxicomanes féminines et masculines sont différentes. Le sens de cette différence s'affirme, pour la clientèle féminine, dans la consommation privilégiée de tranquillisants et sédatifs-hypnotiques obtenus par des voies médicales. La différence s'exprime également dans la plus faible proportion de femmes en traitement et, en comparaison des hommes admis en traitement, par une plus grande ténacité de leur engagement une fois entreprise la démarche thérapeutique. Nous ne connaissons pas la proportion de la population qui abandonne pendant la cure. Ces résultats nous permettent de constater cependant que ce sont en majorité des femmes pharmaco-dépendantes qui utilisent ce service de consultation en toxicomanies. Ce type de clientèle ne répond pas à la vocation première de l'institution, à savoir l'intervention auprès de personnes dépendantes de drogues illicites. Ce type de fréquentation peut toutefois nous indiquer que les drogues utilisées par la majorité des femmes qui surconsomment des composés psycho-actifs sont des tranquillisants et des sédatifs-hypnotiques obtenus sur ordonnance médicale. Ces résultats nous amènent donc à concevoir la toxicomanie féminine davantage

en terme d'un usage licite plutôt qu'illicite de produits obtenus sous ordonnance médicale mais vraisemblablement utilisés à des fins non-médicales.

Les secondes études ont également été menées par Mercier-Tremblay (1979b, 1979c, 1979d) dans le cadre du projet sus-mentionné de l'INRS-Santé. Ces résultats ne sont pas publiés. L'auteur a réalisé une étude comparative entre les femmes et les hommes inscrits à l'hôpital St-Charles de Joliette pour un stage de réhabilitation et provenant des trois secteurs que dessert cet hôpital : le secteur de Joliette, un milieu urbain, le secteur de l'Assomption, un milieu de banlieue et le secteur Nord, un milieu rural. (Lorsque trois résultats sont rapportés, ils le sont dans cet ordre.)

La population étudiée comprend 191 personnes : 18% de femmes; 82% d'hommes. C'est dans le secteur de banlieue que les femmes sont le plus sous-représentées, regroupant 14% de la population. Les femmes admises en traitement ont, en moyenne, 38 ans et les hommes, 43 ans. Près de quarante-cinq pour cent (44,8%) des femmes et 42% des hommes sont mariés. Les femmes ont, en moyenne, 9 ans de scolarité et les hommes, 8 ans. Ces femmes sont en majorité ménagères (29%, 60%, 65%; moyenne = 51%). Pour les hommes, l'alcool est systématiquement la drogue la plus importante (82% des cas). Pour les femmes de milieu urbain, dans 26% des cas, les tranquillisants sont la drogue la plus importante et l'alcool l'est dans 52%. En banlieue, 36% des femmes estiment que les tranquillisants constituent leur drogue principale; l'alcool prend cette première position dans 32% des cas seulement. En milieu rural, 33% des femmes font un usage premier de tranquillisants tandis que l'alcool prend la première place dans 44% des cas. Ces deux derniers groupes de sujets consomment également de façon non négligeable des barbituriques (14,2% des cas). Pour l'ensemble de ces trois secteurs, seulement 35% des femmes disent consommer seulement de l'alcool alors que 86,5% des hommes appartiennent à cette catégorie. Par contre, 65% des femmes consomment à la fois de l'alcool et des drogues; 13,5% seulement des hommes sont dans cette catégorie. Il faut donc parler ici de double assuétude chez les deux-tiers des femmes admises en traitement. Le tableau 1 rapporte ces résultats.

Les femmes ont commencé à boire en moyenne à 24,3 ans, les hommes, à 18 ans. En ce qui concerne l'alcool, 37,6% des femmes et 36% des hommes ont commencé à boire d'eux-mêmes tandis que 32% des femmes et 34,6% des hommes estiment avoir été initiés à la boisson par des amis. En ce qui concerne les drogues, la voie médicale constitue la source première pour 77,17% des femmes et pour 53% des hommes. Les femmes plus que les hommes hésitent à se faire traiter, les femmes ayant peur d'être hospitalisées et de passer pour folles (malades mentales dans le questionnaire). Quarante-huit pour cent (88%) des femmes ont été traitées pour troubles nerveux; 51% des hommes l'ont été.

Deux-tiers des femmes admises à l'hôpital St-Charles consomment à la fois de l'alcool et des drogues prescrites (13% seulement des hommes sont

Tableau 1

**RÉPARTITION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET
DE DROGUES CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES**

| Secteur | Hommes | | Femmes | |
|------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | % | | | % |
| | Alcool seulement | Alcool et drogue | Alcool seulement | Alcool et drogue |
| Joliette | 81,5% | 18,5% | 47 % | 53 % |
| Assomption | 92 % | 8 % | 20 % | 80 % |
| Nord | 86 % | 14 % | 37,5% | 62,5% |
| Total | 86,5% | 13,5% | 35 % | 65 % |

dans cette situation). Ces résultats nous amènent d'une part à distinguer l'alcoolisme des hommes et l'alcoolisme des femmes; et d'autre part, à reconsidérer la définition classique donnée à l'alcoolisme des femmes (consommation exclusive d'alcool) pour tenir compte de cette «polytoxicomanie» plus spécifique aux femmes : les femmes nous apparaissent en effet à la fois alcooliques et pharmaco-dépendantes. Ce phénomène s'observe systématiquement à l'extérieur du Québec et, a été nommé dans une conférence au *Donwood Institute* en 1977 (Dowling et MacLennan, 1977) *The Chemical Trap* ou le piège pharmacologique.

Au Québec, si le taux de prescription de médicaments du S.N.C. pour l'ensemble de la population et les femmes en particulier, nous est inconnu, le taux de consommation de tranquillisants et de sédatifs-hypnotiques des femmes alcooliques nous est par contre révélé grâce à ces résultats. En effet, nous savons présentement que les femmes alcooliques d'ici sont plus susceptibles de recevoir une ordonnance de tranquillisants mineurs et/ou de sédatifs-hypnotiques, que d'être amenées par le médecin à se confronter à leur consommation d'alcool.

Pour comprendre cette dynamique, il nous faut d'abord reconnaître que l'alcoolisme des femmes, plus que celui des hommes, est l'objet d'une stigmatisation sociale (Lisanski, 1957; Curlee, 1970; Gomberg, 1967b; Rostand, 1976). En effet, même si les rôles traditionnels des femmes et des hommes évoluent et que l'écart entre les sexes s'amenuise, les attitudes de désapprobation à l'égard des femmes alcooliques ne semblent pas avoir changé (Gomberg, 1976a). Dans la mentalité sociale, une femme saoule s'abaisse et perd davantage sa dignité qu'un homme saoul : une femme qui s'intoxique met en danger l'honneur de sa famille. Les femmes alcooliques

sont d'ailleurs beaucoup plus susceptibles d'être cachées par leur famille que les hommes alcooliques (Beckman, 1978) et, plus particulièrement les ménagères (51% des cas étudiés par Mercier-Tremblay).

La stigmatisation sociale entraîne le déni des femmes face à leur alcoolisme et ce déni ne semble pas être le seul fait des femmes alcooliques mais aussi celui de l'ensemble des intervenants en santé et en service social. En 1977, dans la région d'Ottawa-Carleton, 44% des intervenants n'exploraient pas la possibilité d'une surconsommation d'alcool chez leur clientèle féminine (Carver, Huneault et Pinder, 1977). Le processus visant à masquer la surconsommation d'alcool chez les femmes semble mutuel lors de la consultation médicale. Les deux partis impliqués dans la transaction — le médecin et la patiente — reflètent les attitudes et pratiques sociales de leur milieu. Les femmes alcooliques semblent faire les efforts nécessaires pour camoufler leur surconsommation d'alcool en présentant des symptômes plus socialement acceptables tels l'anxiété, l'insomnie, les maux de tête. Les médecins, bombardés par les messages vigoureux de l'industrie pharmaceutique, ont, en général, foi dans un modèle bio-médical de la maladie et semblent véhiculer, eux aussi, l'attitude qu'une «vraie femme» ne boit pas. En conséquence, les femmes reçoivent ce qu'elles demandent : une ordonnance de pilules pour les nerfs plutôt qu'une référence à un service d'intervention psychosociale. Comme le souligne Cooperstock (1979), la prescription d'un tranquillisant est souvent l'issue d'une négociation où les malaises et la détresse, qui prennent racine dans des situations de la vie quotidienne, sont définis comme les «symptômes» psychologiques d'une maladie physique. Cette médicalisation des problèmes psychosociaux par l'ordonnance d'une drogue modifiant l'humeur est particulièrement coûteuse pour les femmes surconsommant de l'alcool : cette pratique entraîne en effet le développement d'une seconde assuétude.

Quelles sont, pour les femmes, les répercussions psychologiques de ce «piège pharmacologique»? Dans la consommation de médicaments prescrits, il y a à un niveau, quelque part, l'acceptation par le consommateur d'un diagnostic de maladie. Or, se définir comme malade sans qu'il y ait de véritable maladie est un aveu d'impuissance sociale et personnelle et, pour une femme, une sorte de maximisation des rôles féminins traditionnels : il s'agit d'une attitude que nous qualifions d'hyper-conformiste. Porté à sa limite extrême, dans un système de castes, le rôle féminin traditionnel implique en effet, faiblesse, dépendance et infantilisme comme preuves de l'infériorité innée, naturelle des femmes. Ces traits sont d'ailleurs la variation sociale du masochisme, de la passivité et du narcissisme que la psychologie freudienne définit comme composantes fondamentales de la psychologie des femmes. Si consommer des drogues de rue et surconsommer de l'alcool constituent une déviance pour les femmes (et les hommes aussi d'ailleurs), consommer des tranquillisants ou des sédatifs-hypnotiques prescrits ne comporte aucune transgression. Le prix à payer pour se maintenir dans la «norme» est de se définir comme ayant besoin de soins médicaux et de se soumettre

à l'évaluation du corps médical. La prescription est le véhicule symbole d'un diagnostic de pathologie. L'interaction médecin/patiente de même que le diagnostic de maladie et l'ordonnance d'un médicament qui s'ensuivent, lorsque sont verbalisés les malaises et la détresse des femmes, s'inscrit dans les cadres d'une structure patriarcale. La médicalisation est un choix qui cautionne et consolide cette hyper-adhérence, cet hyper-conformisme au rôle traditionnel des femmes. Parce que les médicaments sont prescrits par un médecin, dispensés par un pharmacien et souvent payés par l'État ou une assurance, ce comportement toxicomane est difficilement différenciable d'une maladie qui, elle, ne serait pas psychosociale.

Pourquoi deux-tiers des femmes alcooliques «tempèrent-elles» leur déviance par la consommation de pilules pour les nerfs? Ironiquement, nous dirons que les femmes espèrent peut-être diluer leur problème de surconsommation d'alcool... Il nous semble en effet, qu'il s'agit pour la femme alcoolique de s'avouer malade d'une «vraie» maladie tout en se protégeant contre le diagnostic honni d'alcoolisme. Cette stratégie a deux types d'effets. D'une part, elle renforce le déni face à la surconsommation d'alcool et retarde possiblement le moment de demande de l'aide. D'autre part, cette stratégie augmente la culpabilité déjà existante chez ces femmes. En effet, les femmes se sentent en général plus facilement coupables que les hommes. Cette culpabilité pourrait prendre racine dans l'ensemble des messages et interactions qui confirment aux femmes qu'elles sont le deuxième sexe — donc implicitement et explicitement inadéquates — dans un système binaire de castes, et qu'elles méritent cette position. Parce que surconsommer de l'alcool est socialement inacceptable et plus inacceptable encore s'il s'agit d'une femme, les femmes alcooliques expérimentent de la honte eu égard à leur relation à l'alcool (Lester, 1975), mettent en doute leur féminité (Dalhgreen, 1975) et retournent contre elles leur culpabilité (Sugarman, Sheldon et Roth, 1975). Selon Johnson et Garson (1977), cette stigmatisation culpabilité-honte constitue d'ailleurs un des obstacles majeurs à la réadaptation. À cela s'ajoute la culpabilité de porter soi-même atteinte à la qualité de sa vie. En combinant l'alcool et les drogues, les femmes savent qu'elles se jouent un jeu et cette double trahison de soi consolide les images de mauvaise mère, de mauvaise épouse et de mauvaise personne qui les habitent déjà. Cette double assuétude porte atteinte à l'estime de soi et, du fait même, pourrait diminuer le pronostic de réadaptation. Notons que la littérature révèle qu'une faible estime de soi est associée à l'anxiété, à la dépression et à d'autres indices cliniques de dysfonction psychologique. Les femmes alcooliques se sentent moins adéquates comme personne, se disent moins satisfaites d'elles-mêmes, de leurs relations sociales et de leur valeur comme personne que les femmes non-alcooliques (McLachlan *et al.*, 1975) et les hommes alcooliques (Beckman, 1977). S'il est exact que la double assuétude à l'alcool et aux drogues prescrites augmente la disposition des femmes à ne pas s'estimer, il sera nécessaire d'augmenter chez les femmes cette estime d'elles-mêmes avant qu'une réadaptation adéquate de l'alcoolisme et de l'intoxication médicamenteuse puisse s'accomplir.

CONCLUSION

En ce qui concerne la consommation de médicaments du S.N.C. prescrits aux femmes, il semble bien que nous soyons en présence d'un phénomène dont nous ignorons l'incidence. Ses effets pathologiques, lorsqu'ils se manifestent chez certains usagers, sont dissimulés ou perdus à l'intérieur de la dichotomie alcool/drogues de rue, autour de laquelle s'articulent traditionnellement les services d'intervention. Le présent travail indique que la question des modèles de consommation des femmes implique nécessairement une discussion sur la consommation par celles-ci des drogues prescrites et, implique également une discussion sur la prévalence de la pharmacodépendance chez celles-ci.

Le relatif silence autour de la question de la prescription des médicaments du S.N.C. est inquiétant. Au moment où la consommation des services médicaux augmente, au moment où chaque visite chez le médecin ou presque, selon les chiffres de la RAMQ, se termine par l'ordonnance d'un médicament, au moment où plus de 35% des médicaments prescrits remboursés par la RAMQ appartiennent à la classe des substances affectant le S.N.C., il y a lieu de connaître la réalité du taux de prescription au Québec et d'en comprendre la signification.

La première de ces significations est le silence autour de la question. Nous l'attribuons en partie au fait qu'il s'agit d'une évaluation de la pratique médicale. Or, dans notre culture, la pratique médicale est une chasse gardée qui se veut au-dessus de tout soupçon. Les médecins estiment ne pouvoir être adéquatement et légitimement évalués que par des pairs initiés, donc des collègues.

Nous constatons d'autre part que la clientèle qui a une consommation disproportionnée de services médicaux et de médicaments sont les personnes âgées et les femmes. La particularité de ces deux groupes sociaux est d'avoir peu de maîtrise sur leur environnement social tant dans leurs rapports aux institutions que dans leur contrôle des moyens de production. La constatation, si l'étude en était faite, d'une médicalisation de problèmes sociaux susciterait inévitablement des interrogations sur les stratégies de contrôle social auxquelles donne lieu cette sélection dans la prescription.

L'interaction plus spécifique des médecins et des femmes suscite des commentaires touchant davantage la domination masculine sur laquelle repose l'ordre social. Les femmes ressentent souvent que leur vie ne prend de la valeur qu'à travers leur attachement à un homme. Elles se sentent souvent immobiles, paralysées à l'intérieur d'un rôle subalterne où la marge de négociation est infime et les alternatives, ressenties comme inexistantes. Dans une étude concernant les usagers de benzodiazépine (Cooperstock, 1979), des femmes et des hommes de Toronto ont discuté des raisons de leur usage prolongé de tranquillisants. Les femmes ont typiquement exprimé

des conflits quant à leur incapacité de répondre ou de s'adapter aux demandes de leurs rôles traditionnels d'épouse, de mère ou de ménagère. Les hommes disent consommer des tranquillisants en raison de conflits ayant trait à leur performance au travail ou, pour contenir des symptômes physiques risquant de leur nuire aussi au travail. Il nous semble évident que prescrire des tranquillisants pour maintenir le statu quo dans la vie d'une femme, en conflit avec les stéréotypes de son rôle social, renforce le dressage des femmes à s'adapter à des situations oppressives et, à rester immobiles et sans réponse devant l'inégalité et le rejet. L'ordonnance médicale consolide la perception et la croyance que les hommes sont les seuls — donc forcément les meilleurs — protecteurs. Elle peut également contribuer à maintenir les femmes dans leur isolement social. Anesthésier les problèmes affecte, à long terme, la qualité de la vie et, emmure les femmes dans la perception d'être personnellement et socialement impuissantes.

Le présent travail nous révèle enfin que les deux-tiers des femmes admises en traitement pour alcoolisme avouent une double assuétude à l'alcool et aux pilules; il révèle également que la moitié de la clientèle féminine en consultation pour toxicomanie consomment surtout des drogues obtenues par voies médicales.

Selon nous, il y a un lien entre les conflits rencontrés par les femmes dans leur rôle féminin traditionnel et la surconsommation des médicaments du S.N.C., particulièrement les tranquillisants et les sédatifs-hypnotiques. Il semble alors nécessaire que les ressources thérapeutiques tiennent compte de ce conflit de rôle sous-tendant la surconsommation des médicaments prescrits — utilisés seuls ou en combinaison avec l'alcool. Nous parlons ici d'un processus thérapeutique flexible permettant aux femmes d'apprendre à s'aimer, plutôt qu'une procédure où elles sont définies comme «mauvaises» ou «malades» parce qu'elles accomplissent mal leur rôle de femmes dit «normal». Nous pensons de plus à des groupes de thérapie ou de conscientisation composés exclusivement de femmes, à l'intérieur desquels il est davantage possible pour une femme d'être honnête et de se révéler. Nous pensons enfin à une équipe d'intervenants comprenant des femmes à tous les paliers décisionnels; cette équipe aurait des attentes qui ne se conforment pas à une définition rigide des rôles psychosexuels mais, permettent de soutenir les femmes dans une démarche de remise en question d'elles-mêmes et de leur fonction maritale et familiale. Doreen Birchmore, la responsable au *Donwood Institute* du programme des femmes, développe ainsi sa pensée :

J'estime que les femmes conscientes des influences sociales et politiques qui agissent sur elles peuvent aider d'autres femmes à développer leur potentiel comme être humain, à s'affirmer et à acquérir leur propre identité. Pour redevenir en santé, je crois que les femmes ont besoin que d'autres femmes qui s'affirment leur servent de modèle et les aident à reconnaître ce besoin fondamental de s'aimer. Les femmes ont besoin de personnes qui sentent que les femmes sont des personnes importantes et fortes. (notre traduction) (Birchmore, 1977, p. 6).

Ce plan de traitement contraste singulièrement avec ce que l'on a appelé plus tôt une maximisation du rôle féminin traditionnel. Il s'agit au contraire, d'une démarche active et réflexive qui prend racine dans une analyse des contraintes sexistes de la société. Cette démarche débouchera sur un processus de solution à l'intérieur duquel les alternatives incluent tous les répertoires de comportements, sans distinction du sexe auquel ce comportement a appartenu.

RÉFÉRENCES

- BECKMAN, L.J. (1977), *The self-esteem of alcoholic women*. Manuscript submitted for publication.
- BECKMAN, L.J. (1978), The psychosocial characteristics of alcoholic women. *Drug Abuse and Alcoholism Review*, 1, n° 5/6.
- BIRCHMORE, D. (1977), *Principles of treatment of the woman alcoholic*. Paper presented at the National Drug Abuse Conference, San Francisco.
- CARVER, V., HUNEAULT, N. et PINDER, L. (1977), *A Survey Conducted by the Task Group on Women and Chemical Dependency (Ottawa-Carleton)*. Substudy n° 837, Toronto, Addiction research Foundation.
- CHABOT, R. (1978), La situation de la femme alcoolique au Québec. Quelques commentaires. *Toxicomanies*, II, n° 2, p. 131-142.
- COOPERSTOCK, R. (1971), «Sex differences in the use of mood-modifying drugs» «An explanatory model». *Journal of Health and Social Behaviour*, 12, p. 238-244.
- COOPERSTOCK, R. (1976), Psychotropic drug use among women. *Canadian Medical Association Journal*, 115, p. 760-763.
- COOPERSTOCK, R. (1978), A review of women's psychotropic drug use. *Women and Addictions : a resource Kit : guidelines*, NMUD, Health and Welfare, Canada.
- COOPERSTOCK, R. et LENNARD, H.L. (1979), Role strains and tranquilizer use. *Health and Canadian Society : Sociological Perspectives*, edited by Coburn, D., D'Arcy, C., New, K.M. and Torrance, G., Fitzhenry and Whiteside.
- CURLEE, J. (1970), A comparison of male and female patients at an alcoholism treatment centre. *Journal of Psychology*, p. 239-247.
- DAHLGREN, L. (1975), Special problems in female alcoholism. *British Journal of Addiction*, 70, n° 1, p. 18-24.
- DOWSLING, F. et MACHENNAN, A. (Eds) (1978), *The Chemically Dependant Woman*. Addiction research foundation, Toronto, p. 57-65.
- GOMBERG, E. (1976a), Alcoholism in women, Kissin B. and Begleiter H. (Eds), *Social Aspects of Alcoholism*, Plenum Press, New-York, p. 117-167.
- GOMBERG, E. (1976b), Female alcoholic. Tarter E. and Sugarman A.A. (Eds), *Alcoholism Reading*, Addison-Wesley, MA, p. 603-636.
- GOMBERG, E. (1977), Women with alcohol problems. Estes N.J. et al. (Eds), *Alcoholism : Development, Consequences*, C.V. Mosby Company, St-Louis, p. 174-185.
- HARDING, J. (1978), *A Socio-Demographic Profile of People Prescribed Mood-Modifiers in Saskatchewan*. Alcoholism Commission of Saskatchewan : Research Division, Final Report, January.
- HARDING, J. et WOLF, N. (1979), *A Non-medical Perspective on the Prescribing of Mood-modifying and Other Central Nervous System Drugs*. Research Working Paper, February.
- JACOB, A.G. et LAVOIE, C. (1971), Étude de quelques caractéristiques d'un groupe de femmes alcooliques. *Toxicomanies*, 4, p. 165-191.
- JOHNSON, S. et GARSON, S. (1977), *Women and Alcoholism : Past imperfect and future Indefinite*. Paper Presented at the Midwinter Research Conference of the Association for Women in Psychology.
- LESTER, B. (1975), Alcoholism and women. *Alcohol Technical reports*, 4, 1.
- LISANSKY, E.S. (1957), Alcoholism in women : Social and psychological concomitants. I. Social history data. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 18, p. 588-623.

- McLACHLAN, J.F.C., WALDERMAN, R.L., BIRCHMORE, D.F. et MARSDEN, L.P. (1975), *The Woman Alcoholic*. Unpublished paper, The Donwood Institute.
- MERCIER-TREMBLAY, C. et MILSTEIN, D. (1978), L'évaluation formative et l'amélioration des programmes de traitement. *Toxicomanies*, vol. II, n° 2, p. 77-92.
- MERCIER-TREMBLAY, C. (1978a), *Description de la clientèle d'Alternatives*. Projet «Traitement de l'Abus des drogues : Recherche et Développement, Étude non publiée INRS-Santé».
- MERCIER-TREMBLAY, C. (1979b), *Description de la clientèle masculine et féminine du Secteur Joliette*. Projet «Traitement de l'Abus des Drogues : Recherche et Développement INRS-Santé».
- MERCIER-TREMBLAY, C. (1979c), *Description de la clientèle masculine et féminine du secteur Nord*. Projet «Traitement de l'Abus des Drogues : Recherche et Développement INRS-Santé».
- MERCIER-TREMBLAY, C. (1979d), *Description de la clientèle masculine et féminine du Secteur l'Assomption*. Projet «Traitement de l'Abus des Drogues : Recherche et Développement INRS-Santé».
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES. Direction du prélèvement socio-économique. *Fichier de l'aide sociale*. Fermeture 25 avril 1979.
- NADEAU, L. (1978), Proposition pour l'intervention auprès de femmes alcooliques et toxicomanes. *Toxicomanies*, II, 3-4, p. 239-243.
- RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC (1979), *Liste de médicaments*. Quinzième édition.
- RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC (1977), *Statistiques annuelles 1977*. Direction des relations publiques de la R.A.M.Q.
- RENAUD, M., BEAUCHEMIN, J., BERTHIAUME, S., LALONDE, C. et POIRIER, H. (1978), *The Working Environment and Prescribing Habits*. Article soumis pour publication.
- ROSTAND, L. (1976), Méthodes de traitement destinées aux femmes alcooliques. *Toxicomanies*, 9, p. 145-153.
- SUGARMAN, A., SHELDON, J. et ROTH, C. (1975), Defense mechanisms in men and women alcoholics. *Journal of Studies on alcohol*, 36, 3, p. 422-424.

SUMMARY

This work explores the specific relationship in Quebec between prescribed drugs and the users looking particularly into the habits of absorption of women. The data compiled by the Health Insurance Office show no difference in the ratio of prescribed drugs between men and women. The author, in interpreting these results states the recipients of this program of health insurance do not represent the total population of Quebec. Also, the statistics of a treatment center for drug addicts in Montreal show that most of the treated women abuse the tranquilizers and hypnotic-sedatives obtained through a medical prescription. At last, statistics from a treatment center for alcoholics show that two thirds of admitted women use both alcohol and tranquilizers and for hypnotic sedatives prescribed by doctors compared to 13% of men enslaved by this double use.